

平成30年度「脳健診費用助成事業」実施要領

公益社団法人宮城県バス協会

(事業目的)

第1条 この助成は、脳健診費用等に対する助成であって、バス事業者に雇用されている運転者を対象とする。運転障害の一因としてあげられる運転中における突発性運転不能障害を引き起こす可能性が高い脳疾患の検査の一部を助成することにより、検査を促進し交通事故防止を図ることを目的とする。

(助成対象)

第2条 バス事業者のうち、宮城県内事業所に勤務している運転者とする。
ただし、平成29年度の受診助成者は対象外とする。

(助成の対象)

第3条 助成対象検査は下記のとおりとする。
脳MRI健診及び及び脳ドックとする。

(助成額)

第4条 助成金の交付額は下記のとおりとする。
脳健診費用に対し、1名10,000円(上限)とする。
なお、1事業者300,000円を上限とする。

(助成・検査申込等)

第5条 受診助成は、協会の予算の範囲内において、①上期(4~9月)及び②下期(10~2月)において2回実施する。申込みの手順については下記の通りとする。

- 1 バス事業者は「脳健診費用助成申込書」(様式1)により事前に協会宛申込みを行う。その際、受診者名簿(様式3)により受診人数を別表の期日までに提出する。
- 2 バス事業者は、「脳健診」を、別表の期日までに行う。
- 3 バス事業者は、検査終了後、「検査完了報告及び助成金交付請求書」(様式2)と受診者名簿(様式3)を速やかに協会に提出する。その際、受診の内容が確認できる領収書写し若しくは振込書写し及び受診内容がわかる請求書を添付することとする。
- 4 宮城県バス協会は、助成金申請書の内容を審査し、事業者に対して助成金を交付する。

	①上期(4月~9月)	②下期(10月~2月)
1. 申込書提出	6月末まで	6月末まで
2. 検査受診期限	9月末まで	2月末まで

(その他必要な事項)

第7条 この要領に定めるもののほか、その他の必要事項は、協会が別にこれを定める。
附則

本要領は、平成30年 4月13日から適用する。

(様式1)

平成 年 月 日

公益社団法人宮城県バス協会長 殿

事業者名
代表者名
担当者名
TEL

印

脳健診費用助成申込書
(平成30年度)

① 上期 (4～9月)

脳健診費用の助成を申し込みます。

② 下期 (10～2月)

記

「脳健診検査」

1. 受診助成人数

名

(様式2)

平成 年 月 日

公益社団法人宮城県バス協会長 殿

事業者名
代表者名
担当者名
TEL

印

脳健診完了報告及び助成金交付請求書の送付について

脳健診が完了したので、報告致します。

なお、助成金の額及び送金先は、下記のとおりです。

記

1. 検査機関名 _____
2. 受診助成人数 _____ 名
3. 助成金請求額 _____ 名 × 10,000円 = _____ 円
4. 助成金振込先
- ①金融機関名 _____ 銀行・信用金庫・その他
- ②支店名 _____ 支店
- ③預金種別 普通預金 ・ 当座預金
- ④口座番号 _____
- ⑤口座名義 _____

(注)

1. 次の資料を添付してください。

- ①受診内容がわかる領収書写し若しくは振込書の写し及び受診内容のわかる請求書
- ②受診者の名簿 (様式3)

様式3 (共通)

受診助成予定者及び実績名簿

事業者名 _____

NO	氏 名	年齢	受診 予定月	未 受診	受診月日
	合 計 (名)				

